

Arst on hea haiguste ennetaja

Ain Aaviksoo – Sotsiaalministeerium

Mis on haiguste ennetamine?

Haiguste ennetamine kõlab eesti keeles ilmselt paljude arstide jaoks kontekstivälisena, sest räägib millestki, mis kuulub aega enne seda, kui patsient oma terviseprobleemiga arsti juurde jõuab. Kui haigus ennetatud, siis pole ju arsti vajagi! Selline arusaam sobib hästi hierarhilisse tervishoiusüsteemi, kus kõige all on patsient ja tema järel aste-astmelt velsker ja jaoskonnaarst kuni tippkirurgini välja. Tänapäeval toimivad edukalt aga tervishoiusüsteemid, mis on pigem integreeritud kui hierarhilised. Lõpptulemuse – terve inimese saavutamiseks on samavõrd olulised nii südamekirurgi, dietoloogi, perearsti kui ka perekonnaliikmete ja sageli ka sotsiaaltöötaja ning mitmete teiste oskused. Neid ei saa seejuures päriselt üksteisest lahutada, kuna mitmed sarnased funktsioonid on läbivad igapäevases tegevuses. Selline arusaamine on tänaseks muutunud valdavaks just krooniliste haiguste käsitlemisel, millega arstid ja kogu tervishoiusüsteem järjest enam peavad tegelema.

Integreeritud krooniliste haiguste käsitlemise uus innovaatiline ravimudel on nii teoreetiliselt kui ka praktiliselt viimase 10 aasta jooksul arendatud üsna kaugele. Põhimõte seisneb ravisüsteemi ümberkorraldamises, mille kohaselt on probleemiga tegelemine jagatud erinevate tervishoiuimeeskonna liikmete vahel, kes tegelevad inimese tervisliku seisundi parandamise ja taastamisega selle erinevates faasides üheskoos ja teineteist vastastikku mõjutades.

Kuidas seostub see haiguste ennetamisega ja mis roll on seejuures arstil?

Ennetamine on seega raviprotsessi normaalne osa ja iga arst peaks andma sellesse oma panuse. Kõige lihtsam on mõõta iga kord vererõhku ning küsida suitsetamise, alkohoolitarvitamise ja muude ebatervislike harjumuste kohta. Järgmine etapp on asjakohaste sõeluuringute tegemine. Ja lõpuks on kõikide heade arstlike soovitude täitmise üle järelepärimine ja

patsiendi nõustamine niisama olulised kui esialgsete soovitude andmine.

Arsti rolli nähakse enamasti tagajärgede likvideerijana, mis vähemalt minu arvates on arsti ülesannete väga ühekülgne käsitus. See on kui Augeiase tallide puhastamine, mis tekitab frustratsiooni ja ei lõpe iial. Reaalselt tegelevad Eesti arstid haiguste ennetamisega oma igapäevapraktikas juba praegu. Parim, mis arsti ja patsiendi omavahelises suhtlemises sünnib, on usaldus. Ja nii on see olnud aegade algusest peale. See on väärtus, mida tänapäeval kiputakse asendama tehnoloogilise või biomeditsiinilise arsenaliga, mille puhul konkreetse arsti roll tõepoolest taanduks justkui pelgalt teenindajaks. Ja ometi teame kõik, et ilma usalduseta patsiendi ja arsti vahel ei sünni head tulemust. Just vastastikune usaldus tagab arstitöö ja haiguste ennetamise juures edu, sest äärmiselt oluline on usaldusväärse arsti kindel otsus, et midagi on vaja teha: võtta patsiendilt PAP-proov või mõõta vererõhku või soovitada kaaluda suitsetamise lõpetamist ja piirata alkohoolitarvitamist. Ja retsept "3 korda 20 minutit energilist jalutamist värskes õhus" ei ole tänapäeval paljudes riikides mingi haruldus.

Miks peaks arst tegelema ennetamisega?

Makrotasandil ja raha poolest on parimaks argumendiks teadmine, et mingi haiguse nn plaanilise ravi edasilükkamine lükkab edasi ka sama probleemi erakorralise käsitlemise kulutused. Tavaliselt on erakorraline käsitus kallim, kokkuvõttes kulub raha rohkem. See võib kellegi jaoks olla õigustatud näiteks juhul, kui maksja on erinev (vrd kindlustamata isikute ravi ning Haigekassa ja riieelarve rahastamine), kuigi küüniline.

OECD korraldatud uuringu kohaselt on viimase 10 aasta jooksul kõigi sotsiaalkindlustuse liikide osas proportsionaalselt suurenenud kulutused ainult tervisekindlustusele (1). Eestis on viimase 10 aasta

jooksul tervishoiukulutused nii haigekassa eelarve kui tarbija omavastutuse osas suurenenud 6 korda (2, 3). Seega on maksjate huvides, et leida kulude kokkuhoiu kohti. Kokkuvõttes on makromajanduslikus mõttes peidus haiguste ennetusele suurema tähelepanu pööramises ja mitte ilmtingimata moodsama tehnoloogia kasutamises.

Milline on aga kasutegur konkreetse arsti jaoks? Feachem jt võrdlesid kulusid ning tulemusi USA-s ja Suurbritannias krooniliste terviseprobleemide käsitlemisel ning leidsid, et innovaatilise krooniliste haiguste ravimudeli kasutamise kulud on võrdsed, kuid tulemused oluliselt paremad integreeritud käsitluse puhul (4). Mayo kliinikus korraldatud uuringu tulemused näitasid, et arstid, kes tegid oma patsientidel regulaarselt kõiki preventiivseid protseduure, ei teeninud vähem raha ega kulutanud seetõttu rohkem aega (5). Seega on ennetuse omaksvõtmine igapäevase arstimise lahutamatu ja orgaanilise osana seotud motivatsiooni ning töö ümberkorraldamisega. Kui küsisin sellelt Mayo arstilt, mida öelda Eesti arstidele – miks peaks nemad rohkem ennetusega tegelema? –, sain vastuseks, et nende patsiendid väärivad seda. Tõepoolest – kui see on nii Ameerika Ühendriikides, siis miks ei peaks seda tõesti väärima Eesti inimesed!

Loomulikult ei ole seda võimalik ellu viia, nii et üks arst ühel hommikul ärkab ja otsustab ennetustegevusele edaspidi rohkem tähelepanu pöörata. Tulemuslik on see siis, kui kõik tervishoiuteenuse osutamisega seotud spetsialistid muudavad end. See tähendab kindlasti muu hulgas ka rahastamis- ja koolitusprogrammide ja üldise töökorralduse muutust, kuid ilma suhtumise muutuseta ei sünni siiski midagi.

Miks arstid ei taha tegeleda ennetusega?

Võib-olla teen ma Eesti arstidele liiga, kuid uuringud angloameerika tervishoiusüsteemides on näidanud, et ilma välise motivatsioonita ja tervishoiusüsteemi muutmata ei tegele arstid erilise innuga haiguste ennetamisega, kuigi ülikoolis on kõik läbinud iga haiguse puhul ka "ennetuse" peatüki. Miks? Üks väga huvitav põhjendus lähtub asjaolust, et arstitöö on orienteeritud üldjuhul tulemusele ning ebaõnnestumine (soovimatu ravitulemus), kuigi sageli konkreetsest

haigusjuhust tulenev paratamatus on siiski midagi väga ebaameeldivat. Olgu siis halb tunne lihtsalt jõuetusest midagi ära teha või mure selle pärast, et mittetulemusliku ravijuhtumiga tuleb edasi tegeleda. Meile meeldib tegeleda ravimeetoditega, mille tulemuslikkus on 80 ja 90%. Suitsetamisest loobumisel annab nõustamine tulemuse 30%, mida sageli tõlgendatakse, et ebaõnnestumise protsent on 70% – seega, miks tegeleda nii väheefektive meetodiga. Samal ajal on ilma nõustamiseta või kõrvalise abita suitsetamisest loobumise tulemuslikkus 1–2%. Seega võiks öelda, et nõustamine on 15kordse tulemuslikkusega meetod. Lisades siia juurde medikamentoosse komponendi, saame tõeliselt efektiivse meetodika, mille kasutamine võiks igale arstile rõõmu valmistada.

Kokkuvõte

Arstid on terviseküsimustes jätkuvalt ühiskonna suurimad autoriteedid. Haiguste ennetamine on samuti osa probleemide lahendamisest, millega arstid iga päev oma töös tegelevad. Ennetuse kaasamine igapäevasesse kliinilisse ravitöösse võimaldab pakkuda inimestele kvaliteetsemat ja tulemuslikumat tervishoiuteenust ning see ei ohusta arsti ravitööle kuuluvat tähelepanu. Samal ajal on väga oluline eduka ennetustegevuse integreerimiseks ravitegevusse soodustada seda protsessi tervishoiukorralduse ja rahastamis- ja koolituse vahendite ümberkorraldamise ning koolituse vastavaks muutmiseks.

Kirjandus

1. OECD (2000), OECD Social Expenditure Database, 1980–1997, Paris.
2. <http://www.haigekassa.ee/statistika/Riilkiku%20ravikindlustuse%20põhiliste%20finantsnäitajate%20võrdlus%20eelmiste%20aastate%20suhtes.htm>
3. http://www.haigekassa.ee/ravik_eelarve/Eelarve_seletuskiri_2003.pdf
4. Feachem GA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135–43.
5. Thomas E. Kottke, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota; WHO seminar – prevention in chronic care management; Helsinki 28.–29. august 2003.